FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 novembre 1900, à 1 heure

Par

PIERRE BESSERVE

Né à Dallet (Puy-de-Dôme) le 10 avril 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS URINEUX

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges : MM. UYON, *professeur.*
MAUCLAIRE et FAURE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° 44

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 *novembre* 1900, *à* 1 *heure*

Par

PIERRE BESSERVE

Né à Dallet (Puy-de-Dôme) le 10 avril 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS URINEUX

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges : { MM. QUYON, *professeur.*
MAUCLAIRE et FAURE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. NIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant d'entreprendre le sujet de notre thèse, nous nous faisons un devoir de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux pour les savantes leçons qu'ils nous ont données.

Tout d'abord nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont ont droit à notre reconnaissance. Nous remercions en particulier M. le docteur Bousquet directeur de l'Ecole et M. le docteur Tixier. Nous garderons toujours un excellent souvenir de leur dévouement et de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné.

A Paris, nous avons eu l'honneur de faire notre stage dans le service de M. le Professeur Cornil ; là nous avons été guidé par M. Milian ex-interne des hôpitaux qui nous a prodigué ses conseils et ses leçons cliniques. Nous leur exprimons ici notre profonde gratitude.

Nous avons fait un stage dans le service d'accouchement de M. le Professeur agrégé Bonnaire. Il s'est efforcé de nous résoudre toutes les questions de l'obstétrique.

Des leçons supplémentaires nous ont été faites par MM. Dubrisay, Chéron et Gauvin. Qu'ils reçoivent ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous avons suivi en dernier lieu le service de M. le Docteur Routier chirurgien de l'hôpital Necker. C'est dans ce service que nous avons recueilli les observations personnelles rapportées au cours de ce travail. Nous adressons nos vifs remerciements à M. le docteur Routier et à

M. le docteur Chevalier chirurgien des hôpitaux qui l'a remplacé pendant les vacances.

Enfin M. le Professeur Berger nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions d'accepter l'expression de notre extrême gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS URINEUX

INTRODUCTION

Dans une affection médicale ou chirurgicale quelconque, on doit s'attacher d'une part à faire disparaître les accidents, d'autre part à prévenir leur retour. Nulle part ces deux parties du traitement ne doivent être plus nettement présentes à l'esprit que dans la thérapeutique des abcès urineux.

Le traitement curatif sera réalisé par l'incision de l'abcès et de ses diverticules. Le traitement prophylactique consistera s'il existe un rétrécissement à rétablir dans la mesure du possible l'intégrité du calibre de l'urèthre. Si cette première condition n'est pas en effet remplie, on pourra s'attendre soit à la reproduction incessante des accidents de suppuration, soit à l'établissement d'une fistule permanente qui livrera passage à l'urine.

Sur la nécessité de ces deux temps du traitement des abcès urineux, tous les chirurgiens s'accordent aisément. Mais il en est autrement quand il s'agit de déterminer la date respective de ces deux actes opératoires vis-à-vis l'un de l'autre.

Nous étudierons dans deux chapitres séparés l'incision de l'abcès et le traitement du canal. Dans le deuxième chapitre nous envisageons en même temps dans quel ordre doivent se succéder ces deux phases du traitement.

Avant d'aborder l'étude du traitement proprement dit nous dirons quelques mots des indications opératoires qui peuvent se présenter.

Les abcès urineux se présentent dans deux circonstances différentes.

Ou bien il s'agit d'un malade ayant depuis longtemps des lésions chroniques de péri-uréthrite, présentant ces masses indurées auxquelles on donne le nom de tumeurs urineuses. A un moment donné ces masses de tissu sclérosé sont le siège d'une poussée aiguë qui peut aller déterminer de la suppuration.

Ou bien il s'agit d'un malade porteur ou non de rétrécissement de l'urèthre mais sans lésions chroniques appréciables de péri-uréthrite. Ce malade fait un abcès aigu franc au pourtour de son urèthre.

Dans les deux cas, il sera indiqué d'ouvrir le foyer dès que l'on soupçonnera la présence du pus.

« L'abcès urineux, dit M. Albarran, est dans tous les cas un accident sérieux, souvent grave, parfois mortel. Il ne faut guère compter sur la résolution, même dans

les indurations encore circonscrites autour de l'urèthre, et il faut craindre leur retour.»

Il faut se souvenir que cette infection péri-uréthrale circonscrite peut se transformer en infection diffuse, peut donner lieu à une infiltration d'urine et que le pronostic sera alors infiniment plus sombre.

Aussi la nécessité d'intervenir d'une manière précoce s'impose t-elle pour tous les chirurgiens.

«Il faut ouvrir ces abcès avant leur entière maturité, disait J.-L. Petit : on a toujours lieu de se repentir d'avoir différé. Quoique l'urèthre ne paraisse point être du foyer de l'abcès, il y est compris cependant presque toujours. Si l'on est appelé dans le commencement, on peut connaître ce qu'il en est, car si en remuant la tumeur on n'aperçoit pas qu'elle soit adhérente à l'urèthre, l'abcès s'il en survient n'intéresse point ce canal et l'on pourra différer de l'ouvrir jusqu'à ce qu'il soit en maturité; si au contraire on s'est aperçu de quelque adhérence à l'urèthre, l'abcès sera de la nature de ceux qu'il faut ouvrir pour peu qu'on y reconnaisse de la fluctuation.»

Mais cette fluctuation ne se manifeste souvent que d'une manière tardive. Le pus est en effet bridé par la coque de tissu scléreux qui l'entoure dans les abcès chroniques, par l'aponévrose périnéale supperficielle dans les abcès aigus du périné. On ne devra donc pas attendre que la fluctuation soit nette et l'intervention devra être hâtive.

Avant d'inciser l'abcès il conviendra, comme le recommande J. H. Petit, « de dire dans le pronostic que peut-être le canal est percé. Un de mes confrères, raconte-t-il, ouvrit un pareil abcès sans qu'il parût d'urine ; ce ne

fut qu'au bout de quelque temps qu'il s'aperçut que l'uréthre était percé. Le malade et sa famille l'accusèrent d'avoir fait cette ouverture en ouvrant l'abcès. Il eut beau leur alléguer des raisons pour se défendre, on ne le crut pas ».

INCISION DE L'ABCÈS

Si l'abcès est de petit volume, il pourra être incisé sans anesthésie générale. On se contentera de pulvériser sur la ligne d'incision, de l'éther ou du chlorure d'éthyle pendant quelques instants. Mais si l'abcès est volumineux, il y aura avantage à endormir le malade, car on pourra plus facilement faire une besogne complète, rechercher et inciser les différents diverticules de l'abcès principal. L'anesthésique employé pourra être, soit le chloroforme, soit l'éther. Mais comme l'anesthésie sera de courte durée, on emploiera avec avantage le bromure d'éthyle. Cet agent anesthésique, employé à doses massives et d'autorité, produira un sommeil presque instantané. Si l'anesthésie devait se prolonger d'une manière imprévue on pourrait la continuer en donnant du chloroforme à la suite du bromure d'éthyle.

Le malade sera endormi, couché sur la table d'opération. Aussitôt endormi, il sera placé dans la position de la taille périnéale, le siège amené au bord de la table, les bourses relevées par la main d'un aide.

On procédera alors rapidement au nettoyage du champ opératoire. La région sera au besoin rasée, puis lavée soigneusement à la brosse et au savon. On continuera en

lavant à l'éther, au permanganate, au bisulfite de soude et à l'alcool. Puis on garnira le champ opératoire de compresses aseptiques.

L'incision de l'abcès peut se faire au bistouri ou au thermo cautère.

Avec ce dernier instrument on peut espérer éviter toute hémorrhagie et cautériser les clapiers purulents. Mais il est difficile avec le thermo cautère de se rendre compte des tissus que l'on traverse. Tous, sous l'action de la chaleur, prennent une teinte uniforme blanchâtre et on reconnaît moins facilement les différents plans dans lesquels on doit pénétrer.

D'ailleurs en restant bien soigneusement sur la ligne médiane, on évitera toute hémorrhagie importante avec l'incision au bistouri, et c'est à ce dernier instrument que nous donnerons la préférence.

L'incision sera faite sur la ligne médiane, en suivant exactement le raphé périnéal. A ce niveau le périnée présente une faible vascularisation et la quantité de sang épanché sera presque toujours minime.

Cette incision sera très étendue. Quand l'abcès bombera au périnée elle s'étendra de la racine des bourses jusque près de l'anus, à un travers de doigt environ en avant de cet orifice. En arrière, l'incision doit aller très loin. Parfois en effet le pus passe en arrière du muscle transverse du périnée et remonte à la face antérieure du rectum. Il faut éviter avec soin la persistance d'un semblable diverticule rectal et inciser dans toute la longueur de la poche sans laisser de capuchon.

Si les tissus sont infiltrés loin en avant, il ne faudra pas

craindre de prolonger l'incision jusqu'au niveau des bourses, en restant toujours bien sur la ligne médiane. On sera certain ainsi de ne pas ouvrir les tuniques vaginales du testicule.

Dans certains cas l'abcès au lieu de former une tuméfaction à point culminant central par rapport au périnée, proémine d'un côté ou de l'autre. On ne doit pas se laisser tenter néanmoins d'inciser au point qui bombe le plus. Toujours on doit porter l'incision sur la ligne médiane.

Le plus souvent, pour peu que l'abcès soit volumineux, les tissus que doit traverser le bistouri sont considérablement infiltrés. L'instrument travaille dans des tissus épaissis, difficilement reconnaissables et ce n'est parfois qu'à une profondeur de sept à huit centimètres que l'on trouve le pus.

Il faut se garder à ce moment et se placer légèrement de côté, car le liquide jaillit souvent avec une force considérable et inonde le visage de l'opérateur.

Une fois la collection ouverte, on abandonne le bistouri et on introduit le doigt dans le foyer. Avec le doigt, on explore les diverticules, on effondre les cloisons de tissu cellulaire qui séparent les clapiers purulents de la cavité centrale. Si l'incision périnéale a été insuffisante, on la prolonge en avant et en arrière de deux coups de ciseaux conduits sur le doigt.

On explore encore l'urèthre que l'on voit plus ou moins disséqué au centre du foyer. On s'assure qu'il n'y a pas d'infiltration du côté des fosses ischio-rectales.

Si la fosse ischio-rectale est envahie, il faut pratiquer une incision à son niveau et passer un drain communiquant avec le foyer périnéal.

En même temps que l'on explore avec l'index gauche la cavité de l'abcès, il est bon de laver cette cavité largement avec un liquide antiseptique chaud. Ce lavage permettra d'évacuer le pus avec plus de facilité et de voir plus clair dans le fond de la plaie. On pourra se servir d'abord de permanganate de potasse ou d'eau oxygénée puis on terminera par un lavage à l'eau bouillie.

M. Albarran recommande encore les lavages au nitrate d'argent à 1 p. 1000.

Si une hémorrhagie un peu importante se produisait, les lavages à l'eau très chaude l'arrêteraient le plus souvent. Au besoin on cautériserait légèrement les points qui saignent avec la lame du thermo cautère portée au rouge sombre. Au surplus un bon tamponnement en aurait facilement raison dans la plupart cas.

Quand la cavité de l'abcès est bien détergée, quand on a assuré la large communication des diverticules latéraux avec le foyer principal, il ne reste plus qu'à drainer et à faire le pansement.

Le libre écoulement des sécrétions qui ne tardent pas à se reformer a une importance considérable. Si on n'a pas soin de l'assurer largement on peut s'attendre à ce que la température s'élève de nouveau après l'incision de l'abcès. Si, l'abcès incisé, la température n'est pas tombée au-dessous de 37° et que l'on examine attentivement le périnée, on trouve ordinairement un diverticule que l'on a oublié de vider ou des drains fonctionnant mal. Ce n'est pas l'urine qui a provoqué la fièvre car elle s'écoule librement par la plaie ou par l'urèthre, mais ce sont les

liquides septiques qui n'ont pas été complètement évacués et qui croupissaient dans un clapier.

Si les diverticules latéraux sont largement ouverts ; s'ils sont peu profonds, on peut se contenter de tamponner la cavité avec des mèches de gaze stérilisée. Mais si les diverticules sont profonds et étendus, il faut introduire dans chacun d'eux de gros drains qui ne se laisseront pas comprimer facilement, et qui assureront beaucoup mieux que les mèches, l'issue abondante des liquides.

M. le Professeur Guyon a insisté sur la nécessité d'un drainage parfait des abcès urineux et pour l'assurer il a recours à un artifice spécial connu sous le nom de draînage au plafond.

Ce procédé a pour but de fixer le drain à la partie culminante de la cavité, afin d'assurer, d'une part, le libre écoulement des liquides uro-septiques qui pourraient s'y accumuler et empêcher, d'autre part, le déplacement du drain, soit pendant le changement du pansement, soit pendant le mouvement du malade.

Pour fixer le drain, M. le professeur Guyon conseillait d'abord de faire une contre-ouverture au point culminant de la cavité de l'abcès, ou plutôt de ses prolongements latéraux qui répondent généralement à la partie latérale des corps caverneux ; pour cela, il enfonçait l'index gauche jusqu'au niveau de ce point et incisait les téguments de dehors en dedans, sur la pulpe digitale ainsi coiffée du sommet de la cavité ; le drain ressortant par cette contre-ouverture était empêché d'y rentrer au moyen d'une épingle anglaise piquée en travers.

Ce procédé a été quelque peu modifié depuis par M. le professeur Guyon, de la manière suivante :

L'abcès étant incisé, l'index de la main gauche est introduit dans la poche périnéale, cherche dans la direction de la branche ischio-pubienne et s'engage, presque toujours, dans un diverticule latéral qui conduit jusqu'à la base de la verge. A ce niveau, on sous-tend la peau avec la pulpe digitale, pendant que de la main droite, on traverse cette peau de dehors en dedans, au moyen de l'aiguille de Reverdin, qu'on fait ressortir par l'incision péritonéale ; un drain a déjà été préparé et traversé par un crin de Florence au moyen duquel, engagé dans l'encoche de l'aiguille, il est entraîné jusqu'au plafond de la cavité. Le crin au sortir de la peau, est noué sur un morceau de tube en caoutchouc ou un petit rouleau de gaze, et le drain se trouve ainsi solidement fixé au plafond du diverticule. Au besoin on placera un drain semblable du côté opposé.

Ce dernier mode de fixation du drain au plafond permet d'éviter les contre-ouvertures, qui dans le procédé primitif, se fermaient parfois assez difficilement et laissaient en tout cas des cicatrices inutiles.

Le drain que l'on emploiera devra avoir au moins le volume du petit doigt. S'il était plus petit, il s'affaisserait ou se couderait plus facilement sous la pression des parois de l'abcès et du pansement et ne remplirait plus entièrement le rôle qui lui est dévolu.

Autour du drain on dispose des mèches de gaze stérilisée et on bourre avec soin toute la cavité de l'abcès. La gaze iodoformée ne devra être employée qu'avec pru-

dence. Le plus souvent il vaudra mieux faire usage de gaze aseptique pure. Assez fréquemment on a pu observer dans ces cas des phénomènes d'intoxication par l'iodoforme. On a affaire en effet, dans nombre de cas, à des malades porteurs de vieilles lésions uréthrales ou vésicales ayant déjà retenti sur le rein. Ces sujets éliminent moins facilement que d'autres les produits toxiques absorbés et sont spécialement prédisposés à l'intoxication iodoformée. Mais il faut également tenir compte de l'étendue des surfaces d'absorption et de la riche vascularisation des tissus du périnée.

Par dessus la gaze aseptique, on posera à plat une bonne couche d'ouate hydrophile aseptique. Puis on maintiendra le tout avec un bandage en T.

A la suite de l'incision la température s'abaisse, mais une quantité de pus assez considérable s'écoule par la plaie. Quelquefois à la suite de l'incision ou dans les premiers jours qui lui succèdent, l'urine s'écoule par la plaie périnéale. Mais cette issue de l'urine à travers le périnée n'est pas constante, ainsi que le fait remarquer M. Albarran. Plus tard, au contraire, il est de règle, pendant le processus de réparation, que l'urèthre se trouve ouvert plus ou moins largement et qu'une certaine quantité d'urine s'écoule par la fistule périnéale.

Quoiqu'il en soit, il arrive un jour où le drain ne saurait rester en place, sans nuire au processus de cicatrisation. A ce moment il conviendra de le remplacer par un drain plus petit ou même de le supprimer complètement. Le moment où il convient de retirer le drain est assez délicat à déterminer. Il faut en effet éviter de le retirer

trop tôt, car un nouveau foyer de suppuration pourrait se former, sans issue suffisante du pus au dehors. Il devient d'autre part nuisible pour le malade de le laisser trop longtemps car il empêche les parois de la plaie de s'accoler et entretient la suppuration.

En général le drain sera enlevé au bout de huit à douze jours, si la suppuration est peu abondante et si la plaie a bon aspect. Pour se rendre compte que les parois de l'abcès ont tendance à s'accoler, on prendra légèrement le drain entre le pouce et l'index et on lui imprimera des secousses très légères dans le sens de sa longueur. Si les parois tendent à s'accoler et si la cavité commence à se combler, le drain sera plus ou moins serré par les bourgeons charnus et ne jouera pas librement dans la cavité. Il sera temps de le retirer ou tout au moins de le remplacer par un drain plus petit. Le drain enlevé est remplacé par une mèche de gaze stérilisée qui sera plus fréquemment renouvelée, si la suppuration est assez abondante et si l'urine passe par la plaie.

Voici, d'après Damaschino, comment on procède à la clinique de Necker après avoir retiré le drain : « On bourre de gaze phéniquée la moitié inférieure de la cavité restante, pour l'empêcher de se fermer et en même temps laisser devancer le bourgeonnement de la partie supérieure de la cavité, de plus on pratique une légère compression sur les cavités latérales, au moyen de petits rouleaux d'ouate placés de chaque côté de la racine de la verge ; par cette compression continue, les parois de ces cavités sont maintenues au contact et leur accolement est, par cela même, plus rapide. Au bout de trois ou quatre jours, quand on

juge que la partie supérieure de la cavité ainsi que ses prolongements latéraux sont entièrement comblés, on n'introduit plus de gaze dans la partie intérieure du trajet, afin de permettre à celui-ci de se combler à son tour ».

En général, dès que la suppuration sera peu abondante et que la cavité sera en grande partie comblée, on pansera à plat. Il ne restera plus alors qu'une petite fistule qui persistera plus ou moins longtemps suivant les cas. Il sera souvent nécessaire de cautériser légèrement cette fistule au nitrate d'argent et à la teinture d'iode, soit pour détruire des bourgeons charnus exubérants, soit pour réveiller la vitalité des tissus et activer la cicatrisation.

Nous avons surtout eu en vue dans cet exposé les abcès volumineux qui pointent au périnée. Le traitement des abcès situés au pourtour de l'urèthre pénien sera analogue, mais beaucoup plus simple en général. Ces abcès sont en effet beaucoup moins étendus que les abcès périnéaux dans la majorité des cas. Il suffira souvent d'une simple incision pour assurer leur évacuation. Une simple mèche sera introduite dans leur cavité et retirée au bout de quelques jours.

Quant aux abcès de la loge périnéale supérieure consécutifs aux lésions de la portion prostatique de l'urèthre nous n'en parlerons pas ici. Leur traitement est celui des phlegmons de la cavité de Retzius ou des périprostatites suppurées.

Nous avons étudié jusqu'ici le traitement des abcès urineux par l'incision simple suivie de draînage. Dans certains cas, cette incision a pu paraître insuffisante et

certains chirurgiens ont proposé de réséquer l'abcès urineux lui-même, de le disséquer et de l'enlever, contenant et contenu, comme s'il s'agissait d'une tumeur encapsulée.

C'est le procédé recommandé par Horteloup. Cet auteur préconisa cette nouvelle méthode à propos de deux malades atteints d'abcès urineux traités par la simple incision. Ces deux malades momentanément guéris vinrent redemander des soins pour une récidive de leurs rétrécissements compliqués de masses fibreuses péri-uréthrales.

« Quel que soit le traitement que l'on instituera contre ces rétrécissements, dit Hortelonp, on ne fera pas disparaître ces lésions péri-uréthrales, et ces malades auront toujours une cause perpétuelle de récidive ».

« Aussi en présence d'un tel pronostic, je crois qu'il ne suffit pas de traiter les abcès urineux par la simple incision suivie d'un excellent drainage, car même après le traitement le plus méthodique du rétrécissement, il persistera, autour du canal, des lésions qui, par leur évolution de sclérose, seront toujours le point de départ de nouveaux accidents ».

Voici le manuel opératoire conseillé par Horteloup :

Le malade étant placé dans la position de la taille, on fait la double incision conseillée par le même auteur pour l'uréthrotomie externe. Après avoir fait relever les bourses par un aide, qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, on fait partir de la partie supérieure du foyer deux incisions convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus.

Ces deux incisions sont dirigées vers les parties pro-

fondes de la région de dehors en dedans, et elles viennent se réunir à la partie médiane presque au contact du canal de l'urèthre. Elles permettent d'enlever un morceau semblable à un quartier d'orange.

On introduit l'index dans le foyer. On reconnaît les points indurés qu'on enlève, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Dans ce temps de l'opération, on sépare entièrement le canal de l'urèthre de toutes les indurations périphériques et, lorsqu'on les a excisées, on aperçoit le canal de l'urèthre, au fond de la plaie, semblable à une grosse artère injectée.

Si l'on a affaire à un abcès aigu la dissection est très simple ; la poche molle et souple se laisse détacher avec le doigt, elle se déchire souvent et on ne l'enlève que par lambeaux, mais le résultat est le même.

On examine ensuite avec soin le canal de l'urèthre. On recherche le siège exact et les dimensions du rétrécissement, l'état du canal au niveau du rétrécissement, et on décide, suivant ce que l'on aura constaté, quelle est l'opération que l'on devra opposer au rétrécissement.

Suivant les lésions que l'on observera, on pratiquera l'uréthrotomie, soit interne, soit externe, ou la résection, soit totale, soit partielle de l'urèthre. La résection partielle consiste à enlever une plus ou moins grande portion de la circonférence de l'urèthre en laissant intacte la paroi supérieure.

Quelle que soit l'intervention mise à exécution, on introduit dans le canal, jusqu'à la vessie, une sonde, n° 18 ou 20. Si on a pratiqué l'uréthrotomie externe, la sonde est introduite par le méat ; parvenue dans le champ opé-

ratoire, elle est attirée suffisamment pour pouvoir être courbée en arrière. Puis on introduit par l'œil de la sonde un gros stylet qui sert à la pousser jusqu'à la vessie. Lorsque la sonde a pénétré dans la vessie, on fait une traction sur son extrémité qui se trouve au méat, et la sonde s'appliquant au fond de la plaie, vient prendre la place du canal de l'urèthre.

Ces manœuvres ayant été exécutées, on se trouve en présence d'une vaste plaie dont il va falloir rapprocher les parois.

Ce rapprochement est facile, car les tissus environnants sont très souples et peuvent aisément être amenés au contact.

Le rapprochement est obtenu à l'aide d'une double suture : une suture profonde au fil de soie et une suture superficielle au crin de Florence. Pour la suture profonde, Horteloup employait lès aiguilles courbes de la périnéorrhaphie. Il introduisait l'aiguille à un centimètre et demi du bord de la plaie et la faisait sortir au fond, de façon qu'en traversant la partie opposée, elle passât à près d'un centimètre en avant de la sonde qui représente le canal de l'urèthre. En agissant ainsi, lorsque l'aiguille sera ressortie, sur la lèvre opposée, à la même distance que le point d'entrée et lorsqu'on tera le point de suture, la sonde sera recouverte, mais non comprimée.

Ces points de suture sont placés à un demi-centimètre les uns des autres. Mais ils réunissent seulement les quatre cinquièmes supérieurs de la plaie, de manière à laisser, à la partie inférieure, un canal qui permette un écoulement facile de l'urine.

Horteloup insiste sur la nécessité de toujours faire une incision allant assez bas pour que la rigole inférieure formée par les deux parois soit dans la direction du canal de la prostate.

Au-dessus de ce plan de sutures profonde, on fait un plan de sutures superficielles au crin de Florence. De même que pour le plan profond on ménage une ouverture à la partie inférieure de la plaie.

Dans cette ouverture on introduit de la gaze iodoformée ou stérilisée. Puis on applique un pansement compressif. Une bonne épaisseur d'ouate est placée sur la plaie, puis le tout est recouvert avec des morceaux d'ouate rectangulaires ayant une ouverture pour laisser passer la verge, et une dimension suffisante pour recouvrir les bourses et le périnée jusqu'à l'anus exclusivement. La compression est faite avec des bandes de tarlatane mouillée, avec lesquelles on fait un spina, appuyant solidement sur le périnée.

Cette compression a pour but de faciliter le rapprochement en même temps que le dégorgement des tissus. Le malade est placé dans son lit avec un coussin sous les jambes, et les jambes sont maintenues rapprochées à l'aide d'une serviette.

La vessie est vidée toutes les deux heures. Il suffit pour cela de retirer le fausset de la sonde à demeure. Il est bon de faire suivre chaque évacuation d'un lavage à l'eau boriquée.

Le pansement est changé au bout de quarante-huit heures. La mèche de gaz introduite dans la partie inférieure de la plaie est retirée. Parfois on a été obligé de

laisser des pinces à forcipressure à demeure pour arrêter l'hémorrhagie pendant l'opération. On les retire à ce moment. On fait un pansement à plat compressif.

Le quatrième jour après l'opération, la sonde à demeure est enlevée.

On fait un grand lavage par le bout supérieur de l'urèthre. L'eau du lavage ressort par la plaie qu'elle nettoie complètement.

A partir de ce moment on pratique régulièrement deux lavages semblables par jour jusqu'à guérison complète.

Le malade urine par la partie inférieure de sa plaie. Le pansement est renouvelé fréquemment. Il consiste simplement en des carrés d'ouate maintenus par un bandage en T que l'on renouvelle dès qu'il est humide.

Les fils profonds sont coupés le cinquième ou sixième jour. Dès le lendemain on commence à passer des bougies Béniqué. On commence au 32 et on monte graduellement au 46 ou au 50.

Les crins de Florence sont enlevés le dixième ou douzième jour.

Horteloup a publié dans son mémoire deux observations de malades opérés par son procédé. Nous les résumons ci-dessous :

OBSERVATION I (résumée).

Horteloup, Annales des organes génito-urinaires 1891.

C..., tonnelier, âgé de 46 ans se présente avec un vaste abcès aigu ayant le volume d'un gros œuf de poule.

Opération le 26 mai. Ponction de l'abcès, puis dissection et ablation de la poche purulente.

En examinant avec soin la paroi inférieure du canal, on ne trouve ni point ramolli, ni perforations, mais en injectant dans l'urèthre par le méat, un mélange de lait et d'eau boriquée, on voit sortir un jet blanc entre la paroi supérieure et l'aponévrose moyenne. L'orifice qui avait donné passage à l'urine, cause de cet abcès, se trouvait donc, contrairement à ce qu'on trouve indiqué partout, sur la paroi supérieure du canal de l'urèthre. En effet en inclinant un peu le canal de l'urèthre, on aperçoit un large orifice de près d'un centimètre, avec des lèvres parfaitement cicatrisées.

M. Horteloup résèque complètement le canal de l'urèthre dans une étendue de deux centimètres. Sonde à demeure.

La température qui variait entre 39° et 40° tombe le soir même. Le lendemain matin elle est de 36°,8. Dans la suite elle n'a jamais dépassé 37°.

Le 29 mai, ablation des sutures profondes. La sonde à demeure est retirée. Grand lavage uréthral à l'eau boriquée.

Le 2 juin introduction du 32 Béniqué. Le 4, 33 et 34 ; le 6 34 et 35.

Le 7 juin C..., a uriné par la verge. Le 8 juin, 37 Béniqué et tous les jours, introduction d'un numéro de plus en plus fort jusqu'au 46.

Le 16 juin. — On essaie, mais sans succès, l'introduction d'une bougie en gomme à bout olivaire, n° 18. Le passage des bougies en gomme, même courbes, ne peut être tenté que lorsque la guérison de la plaie est presque complète, car, pour pénétrer dans le bout postérieur de l'urèthre la bougie doit prendre un point d'appui sur le périnée.

A sa sortie le malade passe lui-même une bougie en gomme n° 18. La plaie du périnée est complètement fermée. Le périnée est souple. Le malade urine facilement.

OBSERVATION II (résumée).

Horteloup. Annales des organes génito-urinaires, 1891.

P..., vieillard de 79 ans, présente un abcès urineux chronique.

Opération le 7 avril. Dissection et ablation de la poche. Dissection de deux longues bandes fibreuses qui compriment le canal de l'urèthre sur ses parties latérales. On se trouve en présence d'un rétrécissement dur, assez long et très épais. Uréthrotomie externe. Excision des deux tiers de la circonférence du canal.

Le malade sort le 25 juin. On lui recommande de se passer régulièrement la bougie à bout olivaire n° 20.

Quelques semaines plus tard il revient avec une petite déchirure de sa plaie périnéale laissant passer un peu d'urine. Il rentre à l'hôpital. On lui passe des bougies Béniqué. On cautérise le petit pertuis. Il sort dans les premiers jours d'août avec sa plaie complètement fermée et un périnée normal.

D'après ces observations on voit, que la pratique d'Hor-

teloup est justifiée dans certains cas. Mais elle est loin d'être applicable à tous les cas. Tel est l'avis de M. Legueu dans une critique très judicieuse de ce procédé, parue dans la *Gazette hebdomadaire* de 1893.

« J'ai examiné de près, dit-il, au point de vue du traitement spécialement, tous les cas d'abcès urineux qui ont passé depuis quelque temps à Necker dans le service de mon maître M. le professeur Guyon; j'ai pu me convaincre que la résection, malgré les avantages qu'on lui prêtait, était dans le plus grand nombre des cas inapplicable, qu'elle ne convenait qu'à des cas très particuliers, qu'elle n'était pas exempte d'inconvénients dans sa technique ».

Dans les tumeurs urineuses chroniques sans suppuration (péri-uréthrites chroniques), il est nécessaire de réséquer les masses de tissus scléreux qui enserrent l'urèthre. Cette résection permet seule la « libération externe » de l'urèthre (Guyon).

Dans les abcès urineux proprement dits, il convient de distinguer les formes aiguës et chroniques.

Dans les abcès aigus, il n'existe guère de paroi isolable. Les parois ne sont constituées que par les couches superficielles refoulées ou infiltrées. Le plus souvent, il sera impossible d'isoler l'abcès et de l'enlever. Tout au plus pourra-t-on enlever au bistouri les portions infiltrées, si elles sont assez bien limitées. Mais nous n'oserions recommander cette pratique. Le bistouri pénétrera dans des tissus infectés et l'on ne saurait songer dans la plupart des cas à une réunion par première intention. Il restera alors une vaste brèche qui mettra sans doute du temps à se combler. Encore aura-t-on bien des chances de faire une

opération incomplète pour peu que l'abcès ne soit pas très limité et pousse des diverticules latéraux.

Dans les abcès urineux chroniques, tumeurs urineuses suppurées, les indications se trouvent différentes.

Dans des tissus périuréthraux indurés depuis un temps plus ou moins long, il se développe un jour une poussée aiguë et il se forme un abcès.

Le pus de cet abcès est enfermé dans une coque, dans une paroi épaisse confondue souvent avec la face profonde de la peau et formée par les masses périuréthrales indurées. Cette coque confine à l'urèthre, lui adhère plus on moins intimement ou peut en être facilement détachée selon les cas.

« Dans tous les cas, écrit M. Legueu, la paroi existe, elle existe pour son propre compte : elle est même ici par rapport à la cavité, si je puis dire, la lésion dominante: la cavité n'est rien, la paroi est tout. Si l'on incise et si l'on se contente de drainer, la paroi persiste dure et fibreuse; elle ne s'affaissera pas sur la cavité ouverte, et c'est pour l'avenir la perspective assurée d'une fistule et d'une tumeur urineuse à opérer. Au contraire, si l'on enlève la paroi en même temps que la cavité qu'elle limite, si l'on excise l'abcès, on restaure d'un seul coup le périnée, et on lui rend de suite la souplesse relative à laquelle encore il a droit. »

Dans ces conditions on aura donc tout intérêt à pratiquer la résection de la poche et l'évidement du périnée.

Le meilleur procédé pour enlever l'abcès consistera, dans un premier temps, à ouvrir la poche sur la ligne médiane et à évacuer le pus. On pourra alors se rendre

compte de l'étendue des tissus indurés et de leurs rapports avec l'urèthre. Dans un deuxième temps, chaque moitié sera excisée séparément en une ou plusieurs fois.

Le procédé qui consiste à enlever la poche sans l'ouvrir comme s'il s'agissait d'une tumeur solide est plus brillant, permet d'éviter la dissémination du pus, mais présente de sérieux inconvénients qui doivent le faire rejeter dans la plupart des cas. On se rend difficilement compte en effet, en agissant ainsi, des rapports de la paroi uréthrale avec la poche et on s'expose à réséquer sans le vouloir une portion plus ou moins étendue de la paroi uréthrale. Il en pourra résulter une perte de substance considérable qu'il sera parfois difficile de réparer.

Nous rapportons comme exemple d'abcès urineux chronique, traité par la résection, une observation publiée par M. Legueu dans la *Gazette hebdomadaire* de 1893, page 201.

OBSERVATION III

Legueu.

Il s'agissait d'un vieux rétréci, depuis longtemps traité pour son urèthre et qui avait à plusieurs reprises été incisé pour des abcès urineux. Lorsque je le vis à Necker, dans le service de mon maître M. le professeur Guyon, il présentait depuis quelques jours, au niveau de la portion scrotale de l'urèthre, un gonflement manifeste, de nature inflammatoire et au niveau duquel on sentait une induration scléreuse; il portait, en outre, en arrière, une tumeur urineuse avec des

trajets fistuleux. Les lésions étaient donc anciennes et complexes : une poussée aigue s'était développée au niveau de la portion scrotale, pour laquelle le malade entrait à l'hôpital. Après avoir fendu sur la ligne médiane le périnée et le scrotum, je trouvai en avant un abcès urineux développé au centre d'une paroi épaisse et disséquable; le pus fut évacué et je pus me rendre compte des rapports de la paroi avec l'urèthre et les parties voisines. La paroi de l'abcès fut excisée dans ses deux moitiés, et fut en arrière très facilement séparée de l'urèthre à laquelle elle était simplement accolée. De même j'extirpai la tumeur urineuse de la portion périnéale et les fistules qui venaient y prendre naissance. Une fois le périnée ainsi largement évidé, l'urèthre m'apparut intact au fond de la plaie : je dis intact, parce que sa surface extérieure, lisse, régulière, ne me montrait aucune altération importante et extérieure. Il y avait sans doute une petite fistule ; j'en avais la preuve dans l'écoulement de l'urine qui se faisait par les orifices du périnée mais cette fistule siégeait sur la paroi supérieure, je ne la voyais pas, je ne la cherchais même pas, et après avoir réuni les deux moitiés du scrotum, transformé le reste de la cavité et mis une sonde à demeure, je laissai à une réparation lente le soin de fermer la brèche et de combler la cavité: Après quelques jours, pendant lesquels l'urine coula encore un peu par le périnée, tout alla bien ; au bout de six semaines, le malade quittait le service, le périnée fermé, la fistule oblitérée. Il conservait seulement un rein droit malade et pyonéphrosé, dont il souffrait déjà d'ailleurs à son entrée.

TRAITEMENT DE L'URÈTHRE

On sait aujourd'hui que les abcès urineux sont dus aux microorganismes qui de l'intérieur du canal uréthral pénétrent à travers les parois de ce conduit dans les tissus voisins. Que ces microbes soient normaux ou pathologiques, il faut, pour que leur passage ait lieu à travers les tuniques uréthrales, des lésions préalables du canal.

Le traitement de ces lésions sera donc capital si l'on veut guérir l'abcès urineux et mettre le sujet à l'abri d'une récidive.

Or ces lésions peuvent être d'origine néoplasique, mécanique ou inflammatoire. Mais tandis que les deux premières n'ont qu'une importance accessoire, les lésions d'origine inflammatoire ont une importance capitale.

Nous ne nous arrêterons pas aux destructions néoplasiques de l'urèthre qui déterminent facilement des infections péri-uréthrales. Nous ne mentionnerons les traumatismes de l'urèthre (fausse route, cathétérisme, urétrotomie interne calculs) que pour faire remarquer leur association presque constante à des lésions inflammatoires ou à la septicité des urines, dans les cas où ils déterminent des abcès urineux.

La grande majorité des abcès urineux sont consécutifs

à des lésions inflammatoires de l'urèthre. Rarement ils surviennent au cours d'une uréthrite chronique simple ; parfois on les observe dans les uréthrites chroniques accompagnant des rétrécissements larges ; dans la plupart des cas, ils se manifestent dans les rétrécissements anciens et serrés.

« C'est surtout dans l'urèthre rétréci, dit M. Albarran, que les altérations de l'uréthrite chronique acquièrent une grande intensité, et nous avons vu leur maximum immédiatement en avant et surtout en arrière des endroits rétrécis, plus spécialement en arrière du rétrécissement le plus rapproché de la vessie. A ce niveau, la muqueuse peut être profondément altérée, l'épithélium en partie détruit dans certains endroits, tandis qu'ailleurs il forme des bourgeons dans l'intérieur de la paroi ; dans ce même endroit, au-dessous de la barrière épithéliale inefficace, nous voyons du tissu embryonnaire, route facile à l'invasion microbienne, et les lésions glandulaires atteignent leur maximum. Ce sont ces lésions qui constituent ce que Hunter appelait une ulcération, et c'est à leur niveau que se fait la migration microbienne ».

Chez ces rétrécis porteurs d'abcès urineux plusieurs indications sont à remplir du côté du canal :

1° Ces malades ont parfois de la difficulté pour uriner ou même de la rétention complète au moment où ils se présentent au chirurgien. Faire disparaître cette rétention constitue une première indication.

2° En l'absence de toute rétention il est utile de traiter le rétrécissement. Ce rétrécissement entretient l'inflammation du canal. En dehors de toute complication il eut

été indiqué de le traiter, ici cette indication s'impose.

3° Si l'urine s'écoule par la plaie périnéale, il est indiqué de rétablir le cours normal de l'urine dans l'urèthre.

Nous allons examiner comment il sera possible de satisfaire à ces trois indications quand elles viendront à se présenter.

Si le malade est en rétention et si l'abcès communique avec l'urèthre un peu largement, l'incision périnéale livrera libre cours à l'urine et le malade urinera facilement par son nouveau méat périnéal. L'indication d'urgence sera donc ainsi remplie.

Si l'abcès ne communique pas avec l'urèthre, la rétention pourra céder spontanément à la suite de l'incision, puisque le calibre de l'urèthre augmentera dès que l'abcès ne viendra plus comprimer le canal.

Dans le cas contraire, très exceptionnel d'ailleurs, on pourra employer divers procédés.

Certains chirurgiens pratiquent d'emblée l'uréthrotomie externe et le drainage périnéal de la vessie. C'est une pratique assez répandue en Allemagne, mais dont nous déclarons n'avoir nulle expérience.

Si l'on ne suit pas la voie périnéale, il faudra se résoudre à employer la voie de l'urèthre antérieur. On pourrait introduire une filiforme dans le canal, la fixer et laisser le malade pisser le long de cette bougie, si l'on craint de pratiquer une uréthrotomie.

Puis les jours suivants on essaierait la dilatation.

Mais nous croyons que dans ces cas mieux vaut pratiquer d'emblée l'uréthrotomie interne, aussitôt l'abcès largement incisé.

Cette question de l'uréthrotomie interne immédiate est toutefois des plus discutées et nous allons l'examiner tout à l'heure.

Nous allons seulement donner ici l'observation d'un malade atteint d'abcès urineux et de rétention d'urine chez qui on dut placer une soude à demeure trois jours après l'incision de l'abcès.

OBSERVATION IV (Hache).

Rétention d'urine. Cathétérismes répétés. Abcès urineux. Incision. Guérison.

H... Hubert, 52 ans, tailleur, entre le 31 juillet à Necker salle Saint-Vincent, pour une rétention complète qui nécessite plusieurs cathétérismes par jour, avec une sonde en caoutchouc rouge. Le canal est libre et la rétention ne peut être attribuée qu'à un surmenage de la vessie par résistance habituelle aux besoins d'uriner.

Le 27 août. — Il perd par la verge, après un cathétérisme, du pus sanguinolent, et on constate au-dessous de la racine de la verge, l'existence du petit abcès qui s'est vidé dans le canal. La fièvre continuant, cet abcès est incisé le 3 septembre, il est très petit. La fièvre tombe après son incision, et l'urine sort au moment de la miction autant par la plaie que par le canal. Au bout de 3 jours, la vessie se vidant incomplètement et l'ouverture de l'abcès dans le canal rendant le cathétérisme un peu difficile, on met une sonde à demeure passant très librement dans le canal ; le malade la débouche quand il a besoin d'uriner.

Le 16 (quarante-troisième jour), — La cicatrisation était complète.

La deuxième grande indication qui est sans doute de beaucoup la plus importante est le traitement direct du rétrécissement, le rétablissement du calibre de l'urèthre.

Nous examinerons à quelle date par rapport à l'incision de l'abcès, on devra chercher à remplir cette indication et comment on la remplira une fois la décision prise.

Au point de vue de la date de l'intervention sur l'urèthre nous nous trouvons en présence de deux écoles.

Les uns avec M. le Professeur Guyon soutiennent qu'il est dangereux de toucher immédiatement à l'urèthre.

Les autres, et c'est la pratique que nous avons vu suivre dans le service de M. Routier, traitent dans la même séance l'abcès et le rétrécissement.

Nous étudierons successivement ces deux méthodes,en cherchant à montrer leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

Pour M. le Professeur Guyon et pour ses élèves, il faut, pour qu'on puisse inciser le canal sans s'exposer à des accidents septiques, que toute trace d'inflammation périnéale ait disparu. Il faut aussi que toute large communication entre le canal et la cavité primitive ait été auparavant supprimée.

Or ces conditions ne sont remplies que lorsque la partie supérieure de la cavité s'est comblée par bourgeonnement de ses parois, c'est-à-dire trois ou quatre jours après l'ablation des drains. Ces derniers restant en place de huit à douze jours, c'est seulement au bout de dix à

seize jours après l'incision de l'abcès qu'on pourra se permettre d'intervenir sur l'urèthre.

Le danger existerait, d'après les mêmes auteurs, non seulement pour les opérations ayant pour but de rétablir le calibre du canal, mais encore pour les manœuvres pouvant paraître moins offensives, telles que cathétérisme ou explorations instrumentales.

«Le canal, dit Damaschino dans sa thèse ; ne doit, pour ainsi dire, plus exister pour le chirurgien, du moment qu'il y a une collection périnéale. Il faut se garder d'aller, au moyen d'explorateurs à boule, se rendre compte du calibre de l'urèthre pour affirmer un rétrécissement présumé. Cela n'avancerait pas à grand chose, puisque la conduite à tenir n'en serait nullement influencée, et exposerait, par contre, aux plus graves dangers septiques si, pour peu que l'introduction de ces instruments ait été maladroitement effectuée, une large perforation du canal en était la conséquence. Dans ce même ordre d'idées, il faut rejeter le cathétérisme évacuateur, même si le malade était en état de rétention complète.»

Ces principes étant adoptés au point de vue de la date de l'intervention sur l'urèthre, à quel procédé aura-t-on recours pour rétablir le calibre de ce canal ?

Deux procédés peuvent être utilisés : la dilatation et l'uréthrotomie.

La dilatation ne saurait s'appliquer qu'aux canaux assez facilement extensibles, aux rétrécissements peu serrés qui d'emblée admettront des bougies n° 7 ou 9 et se laisseront ensuite facilement traverser, en deux ou trois séances par un numéro 17 ou 19.

Nous avons trouvé quelques observations où cette dilatation fut suffisante et nous les reproduisons ici.

OBSERVATION V (Hache).

Rétrécissement. — Abcès urineux ancien, fistuleux. — Incision. — Drainage. — Guérison.

B... François, tourneur, 57 ans, entre salle St-Vincent, le 5 mai 1883. Il a eu plusieurs blennorrhagies ; en janvier 1879, on lui fait une uréthrotomie interne après lui avoir ouvert un abcès urineux qui s'est cicatrisé. En 1881, un nouvel abcès urineux s'est ouvert dans un bain et en est resté fistuleux depuis cette époque, l'urine sortant par la plaie à chaque miction en proportion de plus en plus considérable. Le malade est amené à l'hôpital par une poussée aiguë survenue deux jours auparavant.

Le 8 mai. — Incision sur la ligne médiane du périnée et d'une partie du scrotum, qui donne issue à du pus fétide ; destruction avec le doigt et le bistouri de nombreuses brides qui sillonnent le foyer et contre-ouverture à droite, en avant de la racine des bourses, pour fixer l'extrémité d'un gros tube à drainage. A la fin de Juillet, au bout de deux mois et demi, le tube est retiré et le canal dilaté sans difficulté.

Le malade sort le 24 août ; la cicatrisation n'est pas encore tout à fait complète, mais l'urine ne passe plus par la plaie depuis quelque temps, et le malade n'est plus obligé de se sonder à chaque miction.

OBSERVATION VI (Hache).

Rétrécissement de l'urèthre. Abcès urineux. Incision. Drainage. Guérison.

Vic... Xavier, commis des postes, âgé de 54 ans, entre le 15 juillet 1883 à la salle Vincent dans le service de M. le Professeur Guyon. Il a eu plusieurs blennorrhagies, la première à l'âge de 17 ans et présente depuis 10 ans des symptômes de rétrécissement qui se sont surtout accentués depuis trois ans et l'ont conduit à se passer des bougies à plusieurs reprises.

Huit jours avant son entrée à Necker, ce malade a senti en arrière des bourses un petit noyau dur et douloureux, il a été pris de frisson et de fièvre et son abcès s'est développé en quatre ou cinq jours. A son entrée les urines sont très troubles, les mictions fréquentes et douloureuses, et on trouve au périnée un gros abcès qui est incisé d'un bout à l'autre, sur la ligne médiane, le 18 juillet; des brides qui cloisonnent la cavité suppurante sont rompues avec le doigt, et une contre-ouverture est faite au niveau de la racine du corps caverneux droit, pour permettre la fixation d'un gros drain. Les urines ne passent pas par la plaie ni au moment de l'incision, ni plus tard. Le 9 août (22e jour), on explore le canal et on trouve des rétrécissements péniens et périnéaux admettant le n° 11 de la filière Charrière, qui se laissent dilater régulièrement. Le drain est enlevé le 26e jour (3 août), et le 54e jour le malade quitte l'hôpital avec une plaie complètement cicatrisée, tout à fait superficielle qui sera fermée avant huit jours. Les urines sont absolument claires à la sortie, sous la seule influence de la dilatation du canal.

OBSERVATION VII (Hache).

Rétrécissement pénien. Abcès urineux. Incision. Guérison.

Tiff... Jules, 33 ans, journalier, a contracté il y a neuf ans, une blennorrhagie qui a reparu depuis à plusieurs reprises, à la suite d'excès ; au moment d'une de ces poussées aigues *la corde* s'est rompue et a déterminé une uréthrorrhagie. Depuis un an ce malade se plaint de gêne de la miction, ses urines sont purulentes et il accuse quelques douleurs de reins.

Dans les premiers jours de juin, la miction est devenue plus dificile, à la suite d'excès de boissons et bientôt est apparue *près de la racine de la verge* une petite tumeur gênant la marche ; elle disparaît, mais est remplacée par une autre bien plus volumineuse, du côté du périnée, dont le développement s'accompagne de fièvre et l'oblige à prendre le lit. A son entrée, le 25 juillet, il a l'aspect cachectique, une fièvre subcontinue et un gros abcès au niveau de la fosse ischio-rectale droite. Cet abcès est ouvert largement et donne issue à un pus fétide non mêlé d'urine ; quelques brides sont rompues avec le doigt, et le foyer est désinfecté avec une solution phéniquée. On peut constater alors que l'abcès est situé entre l'aponévrose périnéale superficielle et la peau, qu'il est absolument sous-cutané, en un mot, et qu'il ne présente aucune connexion avec le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale. Un drain est facilement laissé sans contre-ouverture, à cause de l'étendue latérale du décollement. Après l'incision de l'abcès, l'état général s'améliore immédiatement et les douleurs disparaissent. L'urine ne passe par

la plaie à aucun moment. L'urèthre est exploré le 26e jour et on constate l'existence d'un rétrécissement pénien, dont la dilatation est entravée par des adénites inguinales suppurées. La cystite qui existait à son entrée disparaît sous la seule influence de la dilatation. La cicatrisation était complète au commencement d'octobre (70 jours environ).

OBSERVATION VIII (Hache).

Rétrécissement. Abcès urineux. Incision. Guérison imcomplète à cause du départ du malade. Guérison complète après un nouveau traitement du canal.

Jou... Louis, marchand ambulant, âgé de 58 ans, entre le 17 mai 1883 dans le service de M. Guyon. Il a contracté a 14 ans une blennorrhagie qui n'a jamais été bien guérie, et il a subi plusieurs uréthrotomies internes, faites par Civiale, la dernière en 1870. Il a continué à se sonder depuis, et allait bien quand, quinze jours avant son entrée il vit apparaître une tuméfaction douloureuse au niveau de la racine des bourses. Cet abcès urineux est largement ouvert le 22 mai ; son peu de profondeur rend inutile un tube à drainage. On fait seulement un pansement à plat avec de la gaze phéniquée. L'urine passe très largement par la plaie périnéale.

Quand la plaie s'est rétrécie, on a commencé à dilater les rétrécissements ce qui a été facile ; enfin il s'est sondé à chaque miction. Le passage des sondes réveille une uréthrite qui résiste aux instillations, mais cède rapidement après le débridement du méat.

Le 13 août. Au bout de deux mois et demi, le malade voulut quitter l'hôpital, quoique la cicatrisation ne fût pas

encore complète ; le 22 du même mois il restait encore un petit trajet fistuleux par lequel il ne passait pas d'urine ; mais le 10 septembre il entra à l'hôpital ; il s'était blessé en se sondant ; la fistule s'était rouverte et livrait de nouveau passage à quelques gouttes d'urine. L'exploration du canal montre que les rétrécissements reparaissent : quelques séances de béniqués permettent au malade de se sonder facilement à chaque miction et il quitte l'hôpital, complètement cicatrisé au commencement d'octobre.

Bien que la guérison ait été obtenue par la simple dilatation dans les cas que nous venons de relater, nous croyons que l'on devra y avoir recours seulement exceptionnellement. En effet pour peu que le rétrécissement soit un peu dur, on obtiendra des progrès très lents à un certain moment. Il y a grand intérêt à immobiliser le moins longtemps possible les malades, surtout dans les salles d'hôpital où les sujets gardés trop longtemps s'affaiblissent et contractent même parfois la tuberculose. Aussi donnerons-nous la préférence à l'uréthrotomie interne suivie de dilatation. D'ailleurs dans les rétrécissements durs et serrés la dilatation simple sans uréthrotomie préalable est ordinairement impossible.

Les malades dont nous relatons ci-dessous les observations ont été traités selon la méthode de M. le Professeur Guyon par l'incision suivie à plus ou moins longue échéance d'une uréthrotomie interne.

OBSERVATION IX (Hache).

Poche urineuse enflammée. — Incision. — Draînage. — Guérison.

Gaut... 31 ans, présente depuis cinq ans des symptômes de rétrécissement de l'urèthre. Il entre à l'hôpital Necker avec une poche urineuse enflammée depuis trois semaines, fièvre vive et douleurs assez intenses.

La poche est incisée largement le 24 octobre et un tube à draînage fixé dans une contre ouverture faite à la racine des bourses. L'uréthrotomie interne est pratiquée le dix-septième jour et on met une sonde à demeure. Le tube à draînage est enlevé le vingtième jour, et la cicatrisation est complète le soixante-dix-septième. L'urine ne passait plus par la plaie depuis 15 jours.

OBSERVATION X (Hache).

Rétrécissement. Abcès urineux ancien, fistuleux. Incision. Drainage. Guérison.

Fil... Alexandre, vétérinaire, 59 ans, entre salle Saint-Vincent le 27 février 1883. Atteint d'un rétrécissement traumatique ancien. Il a déjà eu il y a 16 ans, un abcès urineux qu'on a ouvert et qui a guéri après s'être compliqué d'érysipèle, sans qu'on ait pu arriver à le sonder. En janvier 1883, apparition d'un nouvel abcès qui s'ouvre spontanément au périnée et à la partie supérieure de la racine de la verge et reste fistuleux. A son entrée on trouve un gonflement diffus du périnée et des bourses entourant une tumeur dure et volu-

mineuse. Le 2 mars, M. Guyon fait sur la ligne médiane une incision intéressant le périnée et le scrotum qui ouvre une loge anfractueuse remplie de pus et d'urine.

L'exploration de cette cavité avec le doigt permet de reconnaître l'existence de trajets sinueux se dirigeant à droite et à gauche et notamment d'un diverticule plus important que les autres qui contourne la racine de la verge à droite et vient s'ouvrir par l'orifice que nous avons signalé plus haut. Les cloisons qui séparent ces divers clapiers sont incisés avec un bistouri boutonné et l'orifice pubien est agrandi et utilisé pour le passage d'un gros drain.

La miction est devenue beaucoup plus facile à partir du moment de l'incision, quoiqu'on ait, bien entendu, pas touché au canal. Le sixième jour cependant, la dysurie reparaît et l'on passe, avec quelque difficulté, une bougie fine qui est laissée à demeure : elle détermine un violent accès de fièvre et une tuméfaction phlegmoneuse du périnée et des bourses, ce qui nécessite son ablation. Des mouchetures suffisent à faire disparaître ce gonflement, et le malade veut quitter l'hôpital 16 jours après l'opération, avec une plaie bourgeonnante qui livre toujours passage à l'urine.

Il y rentre un mois après (20 avril), ne gardant plus qu'une fistule étroite, par laquelle s'écoule l'urine pendant la miction en même temps que par le canal. L'uréthrotomie interne est pratiquée le 27 avril, et la dilatation commencée le 4 mai. Le 7 mai le malade veut quitter l'hôpital. La guérison est complète au mois de juin.

OBSERVATION XI (Damaschino).

Hôpital Necker.

Rétrécissement. Abcès urineux. Incision. Drainage. Uréthrotomie interne. Guérison.

Le nommé Louis V... âgé de 47 ans, peintre, entre salle Velpeau, lit n° 30, le 5 février 1896.

Chaudepisse en 1873, soignée au régiment, durée trois à quatre mois, guérison complète et définitive.

Le malade a remarqué qu'à partir de cette époque déjà, son jet avait beaucoup moins de force qu'auparavant. Depuis deux mois les urines sont devenues troubles et laissent un dépôt abondant par le repos.

Il y a une semaine, le malade portant par hasard sa main sur le périnée s'aperçoit que ce dernier était légèrement bombé et dur.

Cette tuméfaction n'a fait que s'accroître les jours suivants, mais le malade n'éprouve de douleurs que depuis quatre jours seulement ; elles reviennent surtout la nuit et dans la station assise. Il a des mictions pénibles et fréquentes, surtout la nuit (toutes les demi-heures), et il éprouve une sensation de brûlure dans le canal à la fin de chaque miction. Il y a trois jours, le malade a eu une forte hématurie initiale qui ne s'est pas répétée à la suite.

Etat actuel. — Le périnée est le siège d'une tumeur ovoïde, à grosse extrémité antérieure englobant la racine du pénis ; elle est obscurément fluctuante. La peau est absolument normale. Température 37°,6.

Incision sur le raphé périnéal. Immédiatement sous la peau

(abcès en bouton de chemise), on tombe dans une cavité qui contient, sous une forte tension, une cuillerée à soupe d'urine et de pus ; après avoir effondré l'aponévrose inférieure, on pénètre dans un diverticule latéral gauche au plafond duquel on fixe un drain.

Le 5 février. — Il semble sans pouvoir l'affirmer que l'urine a traversé la gaze du pansement.

Pour nous en assurer, après avoir bien lavé et complètement essuyé la plaie, nous l'avons recouverte d'une compresse absolument sèche que nous avons fixée au moyen d'un bandage en T. A la fin de la visite, la compresse portait une tache étalée, pas plus grande qu'une pièce de deux francs, manifestement produite par l'urine.

La température tombe au-dessous de 37°.

Le 6 février. — La cavité ne suppure pas ; l'urine passe d'une façon certaine par la plaie. Il urine en grande partie par la verge. On retire le drain le 17 février.

Le 18 février. — L'exploration de l'urèthre montre un canal dur, rapeux, avec série de ressauts à la région pénienne. Rétrécissement très serré dans la traversée scrotale ; on essaie de passer une bougie filiforme sans résultat.

Le 24 février. — On a pu passer une bougie filiforme qu'on fixe à demeure. L'urine passe toujours par le périnée. La température monte brusquement à 38°,2.

Le 25 février. — Uréthrotomie interne avec le couteau de Maisonneuve. Sonde à demeure n° 16. Les jours suivants l'urine ne passe plus par le périnée. On retire la sonde une semaine après. L'urine ne sort plus par la plaie. Celle-ci est presque complètement fermée. Le 5 mars première séance de dilatation jusqu'au 40 B. Le malade quitte l'hôpital le 7

mars avec une plaie périnéale complètement cicatrisée et un canal admettant, sans la moindre difficulté, un Béniqué, n° 45.

Nous venons d'exposer la méthode préconisée par M. le Professeur Guyon, étudions maintenant celle que nous avons vu suivre dans le service de M. le Dr Routier.

Au lieu d'attendre un certain nombre de jours après l'incision de l'abcès pour entreprendre le traitement de l'urèthre, M. Routier pratique l'incision de l'abcès et le traitement de l'urèthre dans la même séance.

L'incision de l'abcès complétée au besoin par l'excision de la poche et des masses scléreuses péri-uréthrales, si l'on a affaire à un abcès chronique, constitue le premier temps de l'intervention.

Aussitôt l'abcès évacué, drainé et tamponné, on passe au deuxième temps, qui est le traitement de l'urèthre. On lave soigneusement le canal à l'eau boriquée puis l'urèthre est exploré. A-t-on affaire à un urèthre non rétréci ou à un rétrécissement large, on peut passer sans trop de difficulté une sonde d'un certain calibre et on la laisse à demeure. A-t-on affaire au contraire à un urèthre notoirement rétréci, on pratique immédiatement l'uréthrotomie interne avec l'uréthrotome de Maisonneuve, puis sur la tige droite de l'uréthrotome on introduit dans la vessie une sonde à bout coupé et on la fixe à demeure au goutte à goutte. Par la sonde on lave largement la vessie à l'eau boriquée puis au nitrate d'argent. On ferme ensuite la sonde.

Il y a une dizaine d'années, M. Desnos préconisait une

ligne de conduite analogue, mais il l'appliquait seulement à une certaine catégorie d'abcès.

« Aujourd'hui, dit-il, tous les chirurgiens sont d'accord pour inciser les abcès urineux par le périnée et ne pas chercher à leur frayer une voie par l'urèthre. »

« A cette règle le professeur Guyon en a ajouté une autre qui est d'épargner toute manœuvre à l'urèthre rétréci pendant un temps fort long. Cette méthode, malgré les perfectionnements du drainage, expose à la création d'une fistule urinaire, mais elle confère une sécurité, presque absolue. »

« Sans augmenter les risques, il est des cas où on peut songer à rétablir d'emblée le calibre de l'urèthre et par conséquent, à rendre les fistules moins probables. »

« Il faut toujours commencer par inciser largement l'abcès par le périnée. Cette incision, curative de l'abcès, est en même temps exploratrice. Si le foyer est à parois lisses et unies, s'il n'existe aucun prolongement, si l'urèthre apparaît sain au fond de la plaie, si en un mot l'asepsie est certaine, on peut pratiquer l'uréthrotomie interne immédiatement après avoir ouvert, détergé, aseptisé et drainé la cavité de l'abcès. Lorsque, au contraire, il existe des diverticules, des clapiers entourant le canal, des trajets fistuleux qu'on ne peut atteindre efficacement, des parois indurées, il faut se contenter de drainer exactement la cavité, mais éviter toute manœuvre dont le résultat serait de créer une plaie de l'urèthre ; car celle-ci serait à ce moment exposée à la septicémie ». (Desnos, Congrès français de chirurgie, 1891).

Cette distinction entre deux catégories d'abcès au point de vue du traitement nous paraît bien théorique. En réalité on a affaire dans tous les cas à une infection d'origine uréthrale, que l'abcès soit peu ou beaucoup étendu. Cette infection pourra être de même nature pour un gros ou un petit abcès et s'il y avait danger dans un des cas, il serait imprudent d'observer une ligne de conduite différente dans l'autre cas. La limite ne nous paraît pas bien établie entre ces deux types.

Quoiqu'il en soit nous allons rapporter quelques observations personnelles, prises dans le service de M. Routier et nous examinerons ensuite quelles conclusions il est permis d'en tirer.

OBSERVATION XII (personnelle).

Desc... Emile, employé de commerce entre le 9 août 1900. salle Civiale n° 6 dans le sérvice de M. Routier suppléé par M. Chevalier.

Ce malade est âgé de 40 ans. Il a eu la chaudepisse à 20 ans. Depuis quelques années, il a remarqué quelque difficulté à uriner. Son jet d'urine devenait de plus en plus mince. Depuis quelques semaines il a des envies d'uriner plus fréquentes que d'ordinaire, surtout dans la journée.

Depuis trois ou quatre jours il ressent des élancements dans la région périnéale et a beaucoup de difficulté à uriner.

A son entrée à l'hôpital, à quatre heures de l'après-midi, il se trouve en pleine rétention. Il n'a pu pisser depuis le matin quatre heures, malgré plusieurs tentatives infructueuses de cathétérisme faites par son médecin. Le périnée est de

coloration normale, mais bombe, est tendu et douloureux. Température 38°,9.

Le malade est endormi aussitôt. L'interne du service, M. Guisez, pratique une profonde incision médiane au niveau du périnée.

Cette incision donne issue à une assez grande quantité de pus fétide. Lavage de la poche à l'eau oxygénée, puis à l'eau bouillie. Drainage au moyen d'un drain introduit dans un diverticule antéro-latéral droit. Tamponnement de la cavité à la gaze stérilisée.

Ceci fait, le canal est exploré après avoir été lavé soigneusement. On ne peut passer qu'une filiforme.

L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'instrument de Maisonneuve. On établit une sonde à demeure.

Le lendemain matin température 37°,2, Le soir température 37°,5. Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°.

La plaie périnéale se ferme rapidement. Ablation du drain et des mèches le 21 août.

Le 2 septembre. — On essaie d'enlever la sonde. On est obligé de la remettre car l'urine suinte encore un peu par le périnée.

Le 7 septembre. — On enlève la sonde définitivement. L'urine coule entièrement par le méat. Il reste une petite plaie périnéale.

On pratique régulièrement la dilatation du canal, d'abord avec des bougies en gomme puis avec des bougies Béniqué.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Ch..., Robert, garçon épicier âgé de 37 ans entre le 15 août 1900. Salle Civiale, n° 11, service de M. Routier, suppléé par M. Chevalier.

Ce malade a eu la chaudepisse il y a six ans. Il ne présente de troubles de la miction que depuis deux ou trois mois. Il s'est aperçu depuis ce temps que les mictions étaient plus fréquentes qu'à l'ordinaire. De plus il avait une certaine difficulté à uriner.

Depuis cinq ou six jours il ressent de l'endolorissement derrière les bourses, a une sensation de pesanteur dans le périnée et de faux besoins de défécation. Depuis deux jours il y a une douleur lancinante au niveau du périnée et il s'est aperçu que la région était notablement augmentée de volume. La miction, la défécation sont très douloureuses.

A son entrée il présente une tuméfaction manifeste étendue de la racine des bourses jusqu'au devant de l'anus. La tumeur est rénitente, très douloureuse.

L'intervention est pratiquée le jour même par l'interne du service.

Sous le chloroforme l'abcès est incisé largement. Plusieurs foyers secondaires sont mis en communication large avec le foyer principal. Lavage au permanganate. Drainage et pansement.

Dans un deuxième temps l'urèthre est exploré après lavage. On constate plusieurs rétrécissements durs répartis le long du canal. Uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve. Sonde à demeure n° 18. Lavages de la vessie.

La température était à 38°,5 le matin. Elle tombe à 38° le soir. Le lendemain matin 37°,5. Le lendemain et les jours suivants, la température ne s'élève pas au-dessus de 37°.

L'urine coule par la sonde et un peu par la plaie.

Ablation des drains le 22 août. On change les mèches. La sonde à demeure est également changée.

Ablation des mèches le 28 août. Pansement à plat. La plaie est maintenant très rétrécie.

Le 30 septembre. — L'urine ne coule plus du tout par la plaie. La sonde avait été retirée depuis dix jours. Le malade se sondait régulièrement. Il sort avec une petite plaie périnéale. On lui passe un 44 Béniqué sans difficulté.

Le 12 octobre. — Il revient complètement guéri pour se faire dilater.

OBSERVATION XIV (personnelle).

V..., Charles, coiffeur, âgé de 32 ans, entre le 25 juillet 1900, salle Civiale, n° 9, dans le service de M. Routier.

Il a eu plusieurs chaudepisses dont la première remonte à 12 ans. Il pisse difficilement depuis deux ans et il est déjà venu dans le service se faire dilater un rétrécissement de l'urèthre.

Depuis huit jours, gêne dans la marche, pesanteur dans le périnée, douleur à la miction et à la défécation. Le périnée est actuellement rouge, saillant, et un point est nettement fluctuant.

L'intervention est pratiquée le jour même. Incision large. Lavage. Effondrement des cloisons. Drainage de plusieurs

diverticules. Puis lavage soigneux de l'urèthre, exploration du canal.

On peut passer seulement une petite bougie armée. Uréthrotomie interne. Sonde à demeure. Lavage de vessie. Les urines sont très sales.

La température était 39°,5 le matin. Elle tombe à 38°,5 le soir même. Le lendemain 38° le matin, 38°,5 le soir. Au bout de trois jours la température ne dépasse pas 37°.

On continue les lavages de vessie. La sonde est changée au bout de six jours. Les drains sont enlevés le dixième jour après l'opération. Les mèches sont changées, puis enlevées définitivement le vingtième jour.

Le 1er septembre. — La plaie périnéale est très étroite. On enlève la sonde. Mais il coule un peu d'urine dans la plaie. On recommande au malade de se sonder régulièrement, et on commence la dilatation.

Le malade sort et vient se faire dilater tous les deux jours.

Le 10 septembre. — On passe sans difficulté un 46 Béniqué. L'urine coule encore un peu par la plaie.

Le 20 septembre. — Le malade revient. L'urine ne passe plus par le périnée. Mais il reste une petite plaie non cicatrisée.

On ne l'a pas revu depuis.

OBSERVATION XV (personnelle).

D..., Auguste, débardeur, âgé de 36 ans, entre le 19 août 1900 dans le service de M. Routier, remplacé par M. Chevalier, salle Civiale, n° 16.

Ce malade a eu plusieurs chaudepisses et il a depuis trois ans une goutte rebelle.

Il a depuis plusieurs mois des difficultés de la miction, des envies fréquentes d'uriner. Il y a dix jours il est venu en rétention à la consultation du service. On l'a sondé avec difficulté et il est reparti ensuite.

Aujourd'hui il revient avec un gros abcès urineux qui bombe au périnée et présente une fluctuation nette. Léger œdème du scrotum et du fourreau de la verge. Il n'a pas pissé depuis la veille au soir.

Le malade est endormi au bromure d'éthyle. L'interne du service incise l'abcès. Une quantité énorme de pus fétide s'échappe.

Lavage. Drainage. Pansement. Puis l'urèthre est soigneusement lavé.

L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'uréthrotome de Maisonneuve. Les urines sont très sales. Sonde à demeure. Lavage de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent

La température était de 39° le matin, 38°,8, le soir après l'incision. Le lendemain matin 38°,2. Le lendemain soir 38°,5. Le surlendemain et les jours suivants 37°.

Les suites sont normales. Les drains sont enlevés le dixième jour ; les mèches changées et enlevées définitivement le quinzième jour.

La sonde est changée tous les six jours.

Le 18 septembre. — On enlève la sonde et on commence la dilatation. L'urine ne coule plus par la plaie.

Le 2 octobre. — Le malade sort complètement guéri. On lui passe un Béniqué n° 46 sans difficulté.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

D..., Alfred, âgé de 43 ans, employé d'octroi, entre le 10 août 1900 dans le servicede M. Routier, salle Civiale n° 9.

Ce malade a eu des chaudepisses fréquentes. On lui a pratiqué l'uréthrotomie interne dans le service, il y a trois ans. Depuis il ne s'est jamais fait dilater régulièrement.

Il a beaucoup de difficulté pour uriner depuis quelques semaines. Les mictions sont fréquentes. Depuis trois ou quatre jours les mictions et la défécation sont très douloureuses. Il a une sensation de pesanteur au périnée et depuis deux jours des douleurs extrêmement vives dans cette région.

Ce malade a le périnée tendu, tuméfié œdématié. On ne sent pas de fluctuation. Il est en rétention depuis la veille.

L'incision du périnée est pratiquée sous chloroforme. Après avoir évacué une grande quantité de pus fétide et avoir lavé la poche et ses diverticules à l'eau oxygénée on résèque des quartiers de tissus sclérosés entourant l'abcès. On draine et on panse. Puis on lave soigneusement l'urèthre. On ne peut introduire qu'une fine bougie armée. Uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve. Sonde à demeure.

Lavage de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

La température qui était le matin 38°,5 tombe le soir même à 37°,5.

Les jours suivants la température est normale.

Ablation des drains le huitième jour, des mèches le seizième jour. Ces dernières avaient été fréquemment renouvelées auparavant. La sonde à demeure est changée tous les six jours. On est obligé d'introduire une sonde à béquille,

car les sondes ordinaires tendent à passer par la plaie périnéale.

On est obligé de laisser la sonde à demeure jusqu'au 10 octobre car la large brèche périnéale a mis longtemps à se combler et il a perssité jusqu'à ce jour une fistule périnéale laissant passer beaucoup d'urine.

Maintenant une très petite quantité d'urine passe seulement par la plaie. Le malade est sondé régulièrement et on commence la dilatation. Le 20 octobre on passe un béniqué 46. Il ne coule plus d'urine par le périnée. Il reste seulement une petite plaie superficielle.

Nous voyons d'après ces observations que le traitement du canal et l'incision de l'abcès peuvent être pratiqués dans une même séance sans danger pour le malade. Cependant des chirurgiens de grande autorité disent avoir eu des accidents en procédant de cette manière.

Mais tout d'abord, il est incontestable que l'uréthrotomie interne était infiniment plus grave avant la chirurgie antiseptique. Des cas de mort consécutive à cette intervention s'observaient de temps à autre. On était donc conduit à la pratiquer seulement dans les meilleures conditions possibles.

D'autre part on peut rencontrer exceptionnellement des coïncidences fâcheuses dans lesquelles il est difficile de rapporter les faits à leur véritable cause.

Enfin il est certainement des cas où l'incision de l'abcès ne fait pas disparaître immédiatement tous les symptômes généraux. Les urines sont septiques. Le malade fait de

l'infection urineuse. Faut-il rapporter uniquement tous ces symptômes à l'incision du canal ?

Une des observations les plus précises que l'on oppose à la simultanéité de l'incision et de l'uréthrotomie est celle de MM. Tuffier et Albarran. Nous la reproduisons ci-dessous :

OBSERVATION XVII

Tuffier et Albarran. Ann. mal. org. gén. urin., septembre 1890. Rétrécissement. Abcès urineux. Incision et uréthrotomie interne dans la même séance.

Accidents fébriles consécutifs.

M... Charles, 31 ans entre salle Civiale, le 24 octobre 1889, n° 21.

Première chaudepisse il y a un an. Après être resté un mois sans se soigner, il vit un pharmacien qui lui ordonna des injections à canal fermé. Il survint une cystite suraiguë, qui depuis s'est fort peu améliorée. Ces jours derniers les mictions sont devenues plus fréquentes et douloureuses. A l'exploration on trouve plusieurs rétrécissements peu serrés dans la portion pénienne et au niveau de la région bulbaire, un autre rétrécissement ne laissant passer qu'une bougie filiforme. La vessie est sensible au contact et à la distension. Le rein droit, douloureux à la pression, est senti par le ballottement. Les urines sont troubles ; pas de polyurie. Prostate saine. Le 28 octobre le malade se plaint de douleurs au niveau du périnée. Légère induration médiane, profonde, située en arrière du scrotum, les jours suivants on aperçoit une petite saillie au périnée.

Le 30 octobre. — M. Tuffier lui fait dans la même séance l'incision périnéale et l'uréthrotomie interne ; le foyer purulent était profond et contenait peu de liquide. Sonde n° 16 à demeure.

Le soir le malade à 39°. Le lendemain 31 octobre, le malade a un violent frisson et la température de 37° monte à 40°. Pendant trois autres jours la fièvre continue, le soir de 38° à 38°,5, le matin elle tombe à 37°. A partir du 4 novembre la fièvre disparaît sous l'influence des lavages de la vessie au nitrate d'argent et au sulfate de quinine; en outre, la sonde avait été enlevée dès le 2 novembre. Rien à noter dans la suite, si ce n'est que le malade perd un peu d'urine par la plaie périnéale.

Nous ne voulons pas nier que l'uréthrotomie interne ait été la cause d'accidents observés. Mais ces accidents furent en réalité de peu de gravité et ce malade guérit rapidement et parfaitement.

Des accidents un peu graves survenant dans ces conditions doivent être en tous cas très exceptionnels, car la pratique courante du service de M. Routier est celle que nous venons d'exposer et nous n'avons pas entendu dire qu'on ait jamais eu d'accident à regretter.

Cette pratique présente par contre, nous le croyons, certains avantages dont il convient de tenir compte. Elle permet de traiter dès le début, le rétrécissement, et d'économiser un peu de temps au malade. Elle permet aussi de placer dès le début une sonde à demeure grâce à laquelle l'urine s'écoulera par l'urèthre sans souiller la plaie. Cette plaie aura ainsi des chances de guérir plus

vite que quand elle baigne dans une urine infectée. D'autre part la sonde à demeure permettra à l'urèthre endommagé de recouvrer son calibre normal en se cicatrisant.

Ainsi se trouvera réalisée la troisième indication dont nous avons parlé. Mais la sonde à demeure devra être surveillée avec soin. Il faudra prendre garde de la mettre bien au goutte à goutte, ainsi que l'a recommandé M. le professeur Guyon. Il faudra veiller attentivement à ce qu'elle ne s'affaise ni se coude, à ce que des dépôts de sels urinaires ne viennent se former autour d'elle. On la changera tous les six ou huit jours.

Si l'on a la possibilité de sonder régulièrement le malade, on la supprimera dès que la fistule périnéale sera de peu d'importance et donnera issue seulement à une minime quantité d'urine. On pourra alors commencer la dilatation avec des bougies en gomme puis avec des bougies Béniqué.

Si l'on ne peut sonder le malade régulièrement et si ce dernier ne peut se sonder lui-même d'une manière satisfaisante, on laissera au contraire la sonde à demeure tant que la fistule périnéale laissera passer une goutte d'urine.

Malgré toutes ces précautions, avec le traitement le plus méthodiquement conduit, il faudra cependant s'attendre à une guérison très lente. Rarement les malades seront guéris avant six semaines ou deux mois. Parfois on verra la plaie périnéale persister pendant trois ou quatre mois et même davantage.

Le séjour prolongé au lit affaiblira beaucoup ces malades et devra être réduit dans la mesure du possible. Dès que les faibles dimensions de la plaie périnéale le

permettront, il y aura avantage à faire lever les malades. Ils recouvreront plus largement l'appétit, verront leur santé générale s'améliorer et la plaie elle-même finira plus vite de se cicatriser.

CONCLUSIONS

Les abcès urineux doivent être incisés d'une manière précoce et avant même que la fluctuation soit nette.

L'intervention comporte ordinairement deux actes distincts : le traitement direct de l'abcès et le traitement du canal.

Le traitement de l'abcès consiste en une incision large suivie d'un drainage soigné. Si l'abcès est entouré d'une coque de tissus sclérosés il est indiqué d'en pratiquer la résection.

Le traitement du canal peut être réalisé par la dilatation, l'uréthrotomie interne, l'uréthrotomie externe. Nous donnerons la préférence à l'uréthrotomie interne qui permettra d'obtenir des résultats plus rapides.

Après l'uréthrotomie, on placera une sonde à demeure dans le canal et on la laissera, en la renouvelant toutefois de temps à autre, tant que l'urine passera en quantité notable par la fistule périnéale. Puis on pratiquera régulièrement la dilatation de l'urèthre.

Au sujet de la date du traitement du canal par rapport à l'incision de l'abcès, deux méthodes sont actuellement suivies.

Les uns, avec M. le professeur Guyon, ne se préoccu-

pent pas du canal avant un délai variant de six à quinze jours après l'ouverture de l'abcès.

Les autres font suivre immédiatement l'incision de l'abcès par le traitement du canal.

L'uréthrotomie interne est pratiquée dans la même séance que l'incision et une sonde à demeure est établie aussitôt.

Cette pratique a l'avantage de faire gagner du temps au malade.

En fait, elle ne paraît pas présenter les dangers qui lui ont été imputés et dans les cas que nous avons observés elle a pu être suivie sans déterminer le moindre accident.

Vu : le Président de la thèse,
P. BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran et Tuffier. — Note sur les microorganismes des abcès péri-uréthraux. Annales des mal, des org. gén. urin., septembre 1890.

Albarran. — Rétrécissements larges et abcès urineux. (Leçon clinique). Annales des mal. des org. gén. urin., octobre 1893.

Albarran. — Maladies de l'urèthre, in traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, Paris 1900.

Aribaud. — Traitement des abcès péri-uréthraux. Thèse de Paris, 1861.

Bazy. — Abcès urineux. Pathogénie et traitement. Progrès méd., décembre 1892.

Bell (Charles). — A Treatise on the Diseases of the urethra, vesica urinaria, etc.

Bouilly. — Manuel de pathologie externe, tome IV, (2e édition).

Carlier et Arnault. — Pathogénie et traitement des abcès urineux, Gazette des hôpitaux, 29 mars 1892.

Carlier. — Rétrécissements larges et abcès urineux. Union médicale. Mars 1892.

Caron. — Abcès urineux. Thèse de Paris, 1868.

Charbonnier. — Abcès urineux du périnée. Thèse de Paris, 1852.

Chauveau. — Abcès aigu du périnée chez l'homme. Thèse de Paris, 1848.

Civiale. — Traité pratique des maladies des organes urinaires, Paris, 1860, Tome I.

De la Calle. — Contributions à l'étude des rétrécissements larges de l'urèthre. Thèse de Paris, 1893.

Dictionnaire Dechambre. — Article : voies urinaires.

Dictionnaire Jaccoud. — Article : voies urinaires.

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe, Paris, 1884. Tome VII.

Forgue. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. 2e édition. Tome VII.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Tome second, page 1028.

Furbringer. — Traité des maladies des organes génito-urinaires. Traduction française par MM. Hartmann et Caussade.

Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 2e édition 1895. Tome 1er, page 155.

Gosselin. — Cliniques chirurgicales de la Charité.

Gosselin. — Diagnostic et pathogénie des abcès urineux. Gaz. des hôpitaux, août 1878.

Hache. — Traitement des abcès urineux. Annales des mal. des org. gén. urin., 1884.

Horteloup. — Traitement des abcès urineux. Annales des mal. des org. gén. urin., octobre 1891.

Horteloup et Bordal. — Ann. des mal. des org. gén. urin., octobre 1891.

Legueu. — De l'excision des abcès urineux. Gazette des hôpitaux, 29 avril 1893.

Malherbe. — La fièvre dans les maladies des voies urinaires. Thèse de Paris, 1872.

Moy. — Infiltration d'urine. Uréthrotomie interne. Thèse de Paris, 1896-1897.

Martin. — Etude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre. Thèse de Paris, 1875.

Noguès. — Réparation de l'urèthre périnéal. Thèse de Paris, 1892.

Renault. — Du bactérium coli dans l'infection urinaire. Thèse de Paris, 1893.

Richet (A.). — Traité d'anatomie médico-chirurgical, 5e édition.

Segond. — Abcès urineux. Semaine médicale, 12 octobre 1887.

Testut. — Traité d'anatomie humaine. Tome III, Paris 1894.

Thompson. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Traduction du Dr Jamin, 1889.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique. Tome II, 2e édition, 1891.

— Leçons de clinique chirurgicale recueillies par le Dr Thiéry, Paris 1895.

— Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 6e édition, 1890.

Vigneron. — Rétrécissement large et infiltration d'urine. Annales des maladies des org. gén. urin., 1891.

Voillemier et Le Dentu. — Maladies des voies urinaires, 1868.

L. BOYER, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.